



**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**POÇO REDONDO DA COMARCA DE POÇO REDONDO**  
**AV. 31 DE MARÇO, Bairro Centro, Poço Redondo/SE, CEP 49810000**  
**Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**Dados do Processo**

Processo: 202086000746	Distribuição: 09/06/2020
Número Único: 0000739-22.2020.8.25.0059	Competência: Poço Redondo
Classe: Procedimento Comum	Fase: POSTULACAO
Situação: Andamento	Processo Principal: *****
Processo Origem: *****	

**Assuntos**

- DIREITO PROCESSUAL CIVIL E DO TRABALHO - Partes e Procuradores - Assistência Judiciária Gratuita  
- DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Seguro Obrigatório - Invalidez

**Dados das Partes**

Requerente: JOSÉ ARAGÃO ALVES DE SANTANA  
Endereço: Povoado Alto Vistoso  
Complemento:  
Bairro: Zona Rural  
Cidade: POCO REDONDO - Estado: SE - CEP: 49810000  
Requerente: Advogado(a): JOSÉ JEOVANY DA SILVA 12367/AL  
Requerido: SEG LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT  
Endereço: Rua Senador Dantas  
Complemento: 5º ANDAR  
Bairro: CENTRO  
Cidade: RIO DE JANEIRO - Estado: RJ - CEP: 20010000  
Requerido: Advogado(a): KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ 2592/SE



**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**POÇO REDONDO DA COMARCA DE POÇO REDONDO  
AV. 31 DE MARÇO, Bairro Centro, Poço Redondo/SE, CEP 49810000  
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**Processos Apensados:**

--

**Processos Dependentes:**

--



Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe

POÇO REDONDO DA COMARCA DE POÇO REDONDO  
AV. 31 DE MARÇO, Bairro Centro, Poço Redondo/SE, CEP 49810000  
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

**PROCESSO:**

202086000746

**DATA:**

07/07/2020

**MOVIMENTO:**

Juntada

**DESCRIÇÃO:**

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20200707102901292 às 10:29 em 07/07/2020.

**LOCALIZAÇÃO:**

Secretaria

**PUBLICAÇÃO:**

Não

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001            AGÊNCIA: 1769-8            CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 03/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ARAGAO ALVES DE SANTANA

BANCO: 047

AGÊNCIA: 00043

CONTA: 000001032674-3

---

Nr. da Autenticação 7D973AABF499CE46

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190645901 **Cidade:** Poço Redondo **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE ARAGAO ALVES DE SANTANA **Data do acidente:** 30/07/2019 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 26/11/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO 3º METACARPO DA MÃO DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P11

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DA MÃO DIREITA.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DA MÃO DIREITA.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

NOME:

fon Araçat Am d Santos

## RELATÓRIO DE ALTA

DIAGNÓSTICO:

Fr 3 MTC 1º D

PROCEDIMENTO:

Fixação interna

DATA DA INTERNAÇÃO:

13 / 08 / 19

DATA DO PROCEDIMENTO:

13 / 08 / 19

DATA DA ALTA:

13 / 08 / 19

### ORIENTAÇÕES:

- Repouso em casa e manter MMSS elevados
- **NÃO** retirar talá ou curativo
- Retorno no HUSE com Dr. Contar

no dia

22 / 08 / 19

Dr. Constandio Tavares Jr.  
Ortopedista  
Cirurgião de Mão  
CRM 3691

CITUSIA

MS/DATASUS

HOSPITAL REGIONAL JOSE FRANCO SOBRINHO

No. DO BE: 786570  
CNS:

DATA: 13/08/2019 HORA: 05:57 USUARIO: ABSOUZA  
SETOR: 01-ACOLHIMENTO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JOSE ARAGAO ALVES DE SANTANA  
IDADE.....: 36 ANOS NASC: 15/09/1982  
ENDereco.....: ALTO VISTOSO S/N  
COMPLEMENTO...: 702907508244675 BAIRRO: POÇO REDONDO  
MUNICIPIO.....: POCO REDONDO UF: SE CEP...: 49810-000  
NOME PAI/MAE...: JOSE ALVES DE SANTANA /ALTAGENAS CALDEIRA DE SANTANA  
RESPONSAVEL...: ESPOSA TEL...: 9801-35-70  
PROCEDENCIA...: POCO REDONDO  
ATENDIMENTO...: NAO INFORMADOS  
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO  
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA: [ ☒ mmHg ] PULSO: [ ] TEMP.: [ ] PESO: [ ]

EXAMES COMPLEMENTARES: [ ] RAO X [ ] SANGUE [ ] URINA [ ] TC  
[ ] LIQUOR [ ] ECG [ ] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [ ] SIM [ ] NAO

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA: / / HORA DA SAIDA: :  
ALTA: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO [ ] EVASAO [ ] DESISTENCIA  
[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO  
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [ ] ATE 48HS [ ] APOS 48HS [ ] FAMILIA [ ] IML [ ] ANAT. PAT

  
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO



1. Queixa / Motivo que levou a procurar o Pronto Socorro: ☒ Busca espontânea ( ) Encaminhamento

reforço

2. Cronologia / Início dos Sintomas:

3. História Progressiva: ☒ CARDIACO ☒ RENAL ☒ HIAS ☒ HDM ☒ TRANS. MENTAL ☒ ALERGIAS

Outros:

4. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

HORA:

P.A.: 90 x 80

F.C.: \_\_\_\_\_ bpm

TAX: \_\_\_\_\_ %

F.R.: \_\_\_\_\_ irpm

HGT: 90 mg/dL

SatO2: \_\_\_\_\_ %

4. RECLASSIFICAÇÃO:

HORA:

P.A.: x

F.C.: \_\_\_\_\_ bpm

TAX: \_\_\_\_\_ %

F.R.: \_\_\_\_\_ irpm

HGT: \_\_\_\_\_ mg/dL

SatO2: \_\_\_\_\_ %

RISCO: ( ) AZUL ( ) Verde ( ) AMARELO ( ) VERMELHO

Enfermeiro (Assinatura e Carimbo): \_\_\_\_\_

II. ATENDIMENTO MÉDICO

1. História Clínica:

2.HD:

3. Terapêutica:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO

III. ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

IV. TRIAGEM MÉDICA

☐ Sem queixas ou sintomas potencialmente Graves.  
☐ Sem alteração na ausculta cardíaca ou pulmonar.  
☐ Paciente com perfil de atenção Primária.  
 Conforme classificação de risco e as condições observadas acima, encaminhado a UBS.  
 Médico: \_\_\_\_\_



**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE**  
**SERVIÇO DE CIRURGIA DA MÃO HOSPITAL SOCORRO**  
**PRESCRIÇÕES DIÁRIAS**

DATA: 13/08/2019

NOME: Jon Arques Alm de Salame

DIAGNÓSTICO(S): fx d 3 MTC

Medicamentos (Princípio ativo + Concentração)	Horários de Administração
1º. Dieta Livre	
2º. Gelco Salinizado	
3º. Keflin 1g EV 6/6hs ou Kefazol 1g EV 8/8hs	
4º. Dipirona 2ml + 8 ml AD EV 6/6hs	
5º. Profenid 100 mg + 100 ml SF 0,9 % EV 12/12hs.	
6º. Omeprazol 40mg vo 1 x dia.	
7º. Nausebron 1 amp Ev de 8/8 hs S/N	
8º. Tramal 100mg + 100 ml SF 0,9% EV 8/8hs <b>LENTO</b>	
9º. Membro superior elevado e observação rigorosa da perfusão distal	
10º. Sinais vitais e cuidados gerais de 4 em 4 horas	
11º. Alta após as <u>12</u> horas com receita e acompanhante	

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

fx d MTC lo 15 dias m acidente de voo. Intus p/ pscu.  
dieta 1/ intercorrências. Alta as 12h. Agente a laborat

Dr. Constantino Tavares  
 Ortopedista  
 Cirurgião de Mão  
 CRM 360 Médica

Nome

Enfermagem

José Aragão Alôis de Santana

DATA	HORA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
13/08/19	15:47	Paciente admitido na SRPA no 1 por fratura 3ª MC de mão direita pelo 1º contêiner, com fratura, edematoso, dolorido. Em uso AVP em paracetamol em 150 + 150mg e ataduro e 1 furo + catete tipo Oculo sob fonte de O <sub>2</sub> em 2L/min, via de boca. Realizando prom- tório completo exames — <i>at Fernando 675773</i>
	15:50	paciente admitido na SRPA no 1 por fratura 3ª MC de mão direita pelo 1º contêiner, com fratura, edematoso, dolorido. Em uso AVP em paracetamol em 150 + 150mg e ataduro e 1 furo + catete tipo Oculo sob fonte de O <sub>2</sub> em 2L/min, via de boca. Realizando prom- tório completo exames — <i>at Fernando 675773</i>
	16:30	paciente monitorizado, e 1. SSVPA = 120 x 77 mmHg Sa <sup>2</sup> 100% P = 50 bpm e segue dominado as evoluções da enfermagem — <i>at Fernando 675773</i>
	16:40	paciente acordado, calmo, consciente, ainda em uso O <sub>2</sub> , e segue dominado as evoluções da equipe enfermagem + SSVPA = 129 x 84 mmHg, Sa <sup>2</sup> 100% P = 59 bpm — <i>at Fernando 675773</i>
	16:50	paciente acordado, calmo, consciente, e re- sponde perguntas — <i>at Fernando 675773</i>
	17:10	paciente encaminhado para leito calmo, cons- ciente, orientado. em uso AVP, em paracetamol 150 + 150mg com ataduro / 1 furo + catete tipo Oculo sob fonte de O <sub>2</sub> em 2L/min. Realizando prom- tório completo + exames — <i>at Fernando 675773</i>
	17:30	Encaminhado (digo) admitido neste setor procedente do CC, acordado, consciente e orientado. — <i>at Fernando 675773</i>
	18:00	paciente acordado, calmo, consciente, e re- sponde perguntas — <i>at Fernando 675773</i>
	18:30	paciente acordado, calmo, consciente, e re- sponde perguntas — <i>at Fernando 675773</i>



Nome

Enfermaria

José Magalhães Alves de Santana

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

DATA	HORA	
13/08	08:00	Paciente admitido na C.E. procedente da adm. de 13/08, Calmo, consciente, orientado, eufórico, atrelado, deambulando, atrelado, sinais vitais P.A.: 155x96 P: 56 ST: 99% sem alergia medicamentosa e alimentaridade e realizado ACP com gelco 18 em MSE + santologia ————— Tec Ana 564/42 —————
13/08		paciente agitado, p/ realizar acur- ção. encaminhado ao punção ————— ————— Tec Ana 564/42 —————
14:30		paciente encaminhado p/ sala de cur- ção calma, consciente, orientado. Em uso ACP em santologia ————— ————— Tec Ana 564/42 —————
14:32		Paciente admitido na Sala de cirurgia calmo, consciente, orientado, eufórico, atrelado, ligado, deambulando em uso de santologia ————— Tec Ana 564/42 —————
14:40		Realizado Bloqueio axilar e local + sedação por Dr. Alessandra, monitorizado com si- nais vitais P.A. 110x75 P: 57 ST: 98% ————— Tec Ana 564/42 —————
14:50		Início do procedimento, realizado Garrotea- mento por Dr. Fernando, procedimento reali- zado por Dr. Fernando + Int. Gracilene + Dr. con- tância ————— Tec Ana 564/42 —————
15:30		Termino do procedimento sem intercorrê- ncia, com sinais vitais P.A. 104x70 P: 48 ST: 99%, retirado o Garrote, sem alterações ————— Tec Ana 564/42 —————

HOSPITAL REGIONAL JOSÉ FRANCO  
REQUISIÇÃO DE EXAMES  
INTERNAMENTO

Nome: Isu Araújo Almeida Lebre

Justificativa: fx 3 mtc

Data: 13/08/15

FEZES		AMILASE
S. DE URINA		ACIDO URICO
ABO E FATOR RH		YGO
HEMOGRAMA COMPLETO		YGP
PLAQUETAS		GAMA GT
TS		BILIRRUBINA E FRAÇÕES
TC		PROTEINAS TOTAIS E FRAÇÕES
PROVA DE LAÇO		CREATININA
TP		UREIA
YTPA		LIPASE
RETICULÓCITOS		COLESTEROL
VHS		HDL
MUCOPROTEINAS		LDL
DESIDROGENASE LÁTICA		TRIGLICERIDEOS
CPK		GLICEMIA
CPK-MB		HEMOGLOBINA GLICADA
BHCG		ASLO
VDRL		PCR
COOMBS INDIRETO		LATEX
COOMBS DIRETO		
SÓDIO		
POTÁSSIO		US
CLORO		RX mas B patológico
CÁLCIO		ECG
MAGNÉSIO		
FÓSFORO		
FERRO		
FOSFATASE ALCALINA		

1692 MTD  
CRM 3691  
Cirurgião de Mão  
Dr. Carlos  
Lopes  
Médico







HOSPITAL REGIONAL NOSSA SENHORA DO SOCORRO

FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: Jon Ac. pt. Alim. de Santos

DIAGNÓSTICO PRÉ - OPERATÓRIO: fr. 3 MTC

CIRURGIA REALIZADA: Ex. art. m. m. m.

CIRURGIÃO: Contador

AUXILIARES: Fernando

ANESTESIA: Local

ANESTESISTA: Almeida

DIAGNÓSTICO PÓS - OPERATÓRIO: 0 mm

( ) CIRURGIA LIMPA

( ) CIR. POTENCIALMENTE CONTAMINADA

( ) CIRURGIA CONTAMINADA

( ) CIR. INFECTADA

INFECÇÃO PRESENTE À ADMISSÃO? ( ) SIM ( ) NÃO

( ) VIAS AÉREAS SUP. ( ) PULMONAR ( ) URINÁRIA ( ) SNC ( ) TGI

( ) CUTÂNEO

( ) AP. CARDIO - VASCULAR

( ) OUTROS

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

Paciente em posição anular

Realizado anel + atenuação + colocação de uma sonda

Realizado exame de m. m. m. de M. M. M.

Realizado exame de m. m. m. + fr. 3 MTC

Fluoroscopia. Realizado do ponto

Contador + foto pronta

A. M. M.

DATA: 13/08/19

Cirurgião

Dr. Constantino Tavares  
Ortopedista  
CRM 3641



19/30

**RA MUNICIPAL**  
**REDONDO**  
**MUNICIPAL DE SAÚDE**

Ficha de Assistência a Saúde

Nº DE INSC.

85882

**UPA24h**

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO  
DONA ZULMIRA SOARES

Jose Amadio Alves de Santana

DATA:

30/07/19

DATA DE NASCIMENTO: 15/09/82 SEXO: M

Jose Alves de Santana

Fagner Caldeira de Santana

Alto João Paulo

REFERÊNCIA:

Aguentador

RESPONSÁVEL:

**QUADRO AUXILIAR ANAMNESE**

HANSENIASE ☐  
HEMORRAGIA ☐  
HEMOFILIA ☐  
HIPERTENSÃO ☐

PSICOPATIA ☐  
TUBERCULOSE ☐  
TIPO DE SANGUE ☐

**EXAME - DIAGNÓSTICO - CONDUTAS**

**ASSINATURA**

300713 - SURTIÇÃO PARA JORNAL DA MÃO DA  
VIA PÚBLICA SURTIÇÃO DA MÃO DA 33 MO-  
TACIA DIA 13

- CO. 01 DIAGNÓSTICO: Coroza - 51 J  
02 DIAGNÓSTICO: Coroza - 21 J  
03 SFO, 87 - 5000 - 50, 2800 mm  
04 0300 mm  
05 NO 000 Nagra

20-30



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2039883 -2 2ª Via DATA DE EXPIRAÇÃO 27/05/2008

NOME JOSE ARAGAO ALVES DE SANTANA

FILIAÇÃO

JOSE ALVES DE SANTANA  
ALTAGENAS CALOBEIRA DE SANTANA

RESERVAÇÃO DE NASCIMENTO NR. 5487 LV. 07B FL. 245  
CART. DIST. DE P. R. COM DE PORTO DA FOLHA-SE  
0038-428.515-57

DATA DE NASCIMENTO 15/09/1982

ASSINATURA DO DETENTOR DA 1ª e 2ª Via

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Carteira de Identidade

JOSE ARAGÃO A. de Santana

CARTÃO DE IDENTIDADE



# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - SE Nº 015544937331  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 Cód. RENAVAM 00327168453 EXERCÍCIO 2019

NOME JOSE MACIEL ACRUJO DOS ANJOS  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

CPF / CNPJ 032.041.825-17 PLACA N V H 8 9 9 4

PLACA ANT / UF N V H 8 9 9 4/SE CHASSI 9 C 2 K C 1 6 7 0 B R 5 5 4 7 1 3

ESPECIE TIPO PRS/MOTOCICLETA/MENHUMA COMBUSTIVEL ALCO/GRSUL

MARCA / MODELO HONDA/CG 150 FAN ESI ANO FAB. 2011 ANO MOD. 2011

CAP / POT / CIL 2P/14CV/149CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1º \*\*\*\*\*  
PAGO \*\*\*\*\*  
FAIXA LPVA. PARCELAMENTO / COTAS 2º \*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\* 3º \*\*\*\*\*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
SEM RESTRIÇÕES FINANCEIRAS

OBSERVAÇÕES DBT 30

MOTOR: KC16E7B554713

LOCAL POÇO REDONDO-SE DATA 12/05/2019

AGNELO MELO SILVA  
DIRETOR PRESIDENTE

EXFEDICOR

DETRAN

CONTRAN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

SE Nº 015544937331 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 12/05/2019

VIA ## CPF / CNPJ 032.041.825-17 PLACA N V H 8 9 9 4

RENAVAM 327168453 MARCA / MODELO HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO FAB. 2011 COL. TIME 9 Nº CHASSI 9 C 2 K C 1 6 7 0 B R 5 5 4 7 1 3

PRÊMIO TARIFÁRIO  
FMS (R\$) 36,04 DENATRAM (R\$) 4,20 CUSTO DO SEGURO (R\$) 40,25

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 12/05/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.246.608/0001-04



**PROCURAÇÃO PARTICULAR PARA FINS ESPECÍFICOS DE  
PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

Por este instrumento particular, eu ( nome completo ) Jose Aragão Alves de Santana  
( nacionalidade ) Brasileiro , ( profissão ) laureado , portador da cédula  
de identidade RG nº 2039883-2 , emitido pela SSP / ( UF ) SE ,  
inscrito sob o CPF nº 008.426.615-57 , residente na ( endereço  
completo ) Povo Alto Santana , na cidade de  
Povo Redondo , ( UF ) SE , CEP 49.810-00 , nomeio e  
constituo meu procurador , ( nome do representante ) Marcelo D.O. Rosa  
( nacionalidade ) Brasileiro , ( profissão ) Contador , portador da cédula  
de identidade RG nº 21233829 , emitido pela SSP / ( UF ) SE ,  
inscrito sob o CPF nº 020.003.625-00 , residente na ( endereço  
completo ) Rua dos Gileas , na cidade de  
Passo da Glória , ( UF ) SE , CEP 49.680-000 , a quem confiro  
amplos e gerais poderes para , tratar , requerer, assinar papéis e  
documentos que se faça necessário para fins de **SOLICITAÇÃO DO**  
**SEGURO DPVAT** da vítima ( nome da vítima ) Jose Aragão Alves de Santana  
junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** .

( local e data ) Povo Redondo - 14/10/2019

( assinatura ) Jose Aragão Alves de Santana  
( RG ) 2039883-2



OBS: ( a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE )



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0406061/19

**Número do Sinistro:** 3190645901

**Vítima:** JOSE ARAGAO ALVES DE SANTANA

**CPF:** 008.426.615-57

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 30/07/2019

**Titular do CPF:** JOSE ARAGAO ALVES DE SANTANA

**Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 27/12/2019  
Nome: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA  
CPF: 020.003.675-00

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/12/2019  
Nome: VERA LUCIA DA SILVA BERTO I  
CPF: 675.189.230-68

VERA LUCIA DA SILVA BERTO I

---

**Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190645901**

**Vítima: JOSE ARAGAO ALVES DE SANTANA**

**Data do Acidente: 30/07/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JOSE ARAGAO ALVES DE SANTANA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15130161



**Rio de Janeiro, 08 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190645901**

**Vítima: JOSE ARAGAO ALVES DE SANTANA**

**Data do Acidente: 30/07/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSE ARAGAO ALVES DE SANTANA**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

**Recebedor: JOSE ARAGAO ALVES DE SANTANA**

**Valor: R\$ 945,00**

**Banco: 047**

**Agência: 00000043**

**Conta: 000001032674-3**

**Tipo: CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

**Rio de Janeiro, 03 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190645901**

**Vítima: JOSE ARAGAO ALVES DE SANTANA**

**Data do Acidente: 30/07/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA**

**Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

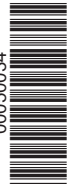
**Senhor(a), JOSE ARAGAO ALVES DE SANTANA**

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 02/01/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS - RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? 31 - Vítima teve irmãos? 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)





GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE POÇO REDONDO - POÇO REDONDO - SE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 107689/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 14/10/2019 09:45 Data/Hora Fim: 14/10/2019 10:06  
Delegado de Polícia: Fabio Santos Santana

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Poço Redondo  
Data/Hora do Fato: 30/07/2019 19:00

Local do Fato

Município: Poço Redondo (SE) Bairro: Centro  
Logradouro: Rodovia Estadual SE230 CEP: 49.810-000  
Complemento: em frente ao Posto de Gasolina São Jorge  
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Melo(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOSE ARAGAO ALVES DE SANTANA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AL - Pão de Açúcar Sexo: Masculino Nasc: 15/09/1982  
Profissão: Auxiliar de Serviços Gerais  
Estado Civil: União Estável  
Nome da Mãe: Altagenas Caldeira de Santana Nome do Pai: Jose Alves de Santana

Endereço

Município: Poço Redondo - SE  
Logradouro: Povoado Alto Vistoso CEP: 49.810-000  
Telefone: (79) 9850-7094 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição PAS/MOTOCICLETA/NENHUMA	CPF/CNPJ do Proprietário 032.041.825-17
Placa NVH8994	Renavam 327168463
Número do Chassi 9c2kc1670br554713	Ano/Modelo Fabricação 2011/2011
Cor PRETA	UF Veículo Sergipe
Município Veículo Poço Redondo	Marca/Modelo HONDA/CG 150 FAN ESI
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Jose Arago Alves de Santana	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

RELATA o noticiante que pilotava uma motocicleta pertence a JOSE MACIEL ARCANJO DOS ANJOS, pela Rodovia estadual SE230, quando nas proximidades do Posto São Jorge, colidiu frontalmente com uma outra motocicleta que parou



Delegado de Polícia Civil: Fabio Santos Santana  
Impresso por: Cleber Martins da Silva  
Data de Impressão: 14/10/2019 10:07  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE POÇO REDONDO - POÇO REDONDO - SE



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

de forma inesperada. Que devido a colisão sofreu fraturas na mão direita, sendo socorrido e encaminhado para a UPA POÇO REDONDO, e no dia seguinte transferido para o hospital da cidade de Nossa Senhora do Socorro/SE, aonde foi submetido a intervenção cirúrgica. É o relato.

### ASSINATURAS

  
José Roberto de Melo Santos  
Cieber Martins da Silva  
Agente de Polícia  
Unpol Poço Redondo SE  
Responsável pelo Atendimento

  
José Aragão Alves de Santana  
(Comunicante / Vítima)

\*Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.\*